

京都市児童養護施設措置児童障害児等加算費支給認定(変更)申請書

(あて先) 京 都 市 長	年 月 日
	申請者(施設長名)

京都市児童養護施設措置児童障害児等加算費支給要綱に基づく支給対象児童について次のとおり(変更)申請します。

No.	対象児童名、生年月日、性別	障 害 の 状 況	事由、発生年月日	担当者確認欄	
*	( . . 生)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 継続	主席	福祉司
		<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 解除		
		<input type="checkbox"/> 身体障害 ( 級)	<input type="checkbox"/> 手帳取得・変更		
		<input type="checkbox"/> 病名( )	<input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 発達障害名( )	( . . )		
*	( . . 生)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 継続	主席	福祉司
		<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 解除		
		<input type="checkbox"/> 身体障害 ( 級)	<input type="checkbox"/> 手帳取得・変更		
		<input type="checkbox"/> 病名( )	<input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 発達障害名( )	( . . )		
*	( . . 生)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 継続	主席	福祉司
		<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 解除		
		<input type="checkbox"/> 身体障害 ( 級)	<input type="checkbox"/> 手帳取得・変更		
		<input type="checkbox"/> 病名( )	<input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 発達障害名( )	( . . )		
*	( . . 生)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 継続	主席	福祉司
		<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 解除		
		<input type="checkbox"/> 身体障害 ( 級)	<input type="checkbox"/> 手帳取得・変更		
		<input type="checkbox"/> 病名( )	<input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 発達障害名( )	( . . )		
*	( . . 生)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 継続	主席	福祉司
		<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 解除		
		<input type="checkbox"/> 身体障害 ( 級)	<input type="checkbox"/> 手帳取得・変更		
		<input type="checkbox"/> 病名( )	<input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 発達障害名( )	( . . )		
*	( . . 生)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 継続	主席	福祉司
		<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 解除		
		<input type="checkbox"/> 身体障害 ( 級)	<input type="checkbox"/> 手帳取得・変更		
		<input type="checkbox"/> 病名( )	<input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 発達障害名( )	( . . )		
*	( . . 生)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 継続	主席	福祉司
		<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 解除		
		<input type="checkbox"/> 身体障害 ( 級)	<input type="checkbox"/> 手帳取得・変更		
		<input type="checkbox"/> 病名( )	<input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 発達障害名( )	( . . )		

[注1] 該当する□にレをし、必要事項を( )内に記入してください。

[注2] \*の欄は記入しないでください。

[注3] (1)～(4)については8月の請求時または変更時に手帳・診断書等の写しを添付してください。(5)については各請求ごとに問題行動一覧及び問題行動調書を添付してください。

児童相談所 受付年月日	. .
----------------	-----

京都市児童養護施設措置児童障害児等加算費支給開始・却下・削除通知書

様	年 月 日 号
	京 都 市 長 (担 当 係)

年 月 日付けで申請のあった障害児等加算支給認定(変更)の申請について、次のとおり加算費の支給を 開始・却下・解除・変更・継続・その他( ) しましたので通知します。

No.	対象児童名、生年月日、性別	認 定 状 況	認定事由、年月日	備考欄
	( . . 生)  <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> (1)療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 却下	
		<input type="checkbox"/> (2)身体障害 ( 級 )	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 変更	
		<input type="checkbox"/> (3)病名 ( )	<input type="checkbox"/> 継続	
		<input type="checkbox"/> (4)発達障害名 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> (5)発達障害疑い・問題行動 ( . . )		
	( . . 生)  <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> (1)療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 却下	
		<input type="checkbox"/> (2)身体障害 ( 級 )	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 変更	
		<input type="checkbox"/> (3)病名 ( )	<input type="checkbox"/> 継続	
		<input type="checkbox"/> (4)発達障害名 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> (5)発達障害疑い・問題行動 ( . . )		
	( . . 生)  <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> (1)療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 却下	
		<input type="checkbox"/> (2)身体障害 ( 級 )	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 変更	
		<input type="checkbox"/> (3)病名 ( )	<input type="checkbox"/> 継続	
		<input type="checkbox"/> (4)発達障害名 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> (5)発達障害疑い・問題行動 ( . . )		
	( . . 生)  <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> (1)療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 却下	
		<input type="checkbox"/> (2)身体障害 ( 級 )	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 変更	
		<input type="checkbox"/> (3)病名 ( )	<input type="checkbox"/> 継続	
		<input type="checkbox"/> (4)発達障害名 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> (5)発達障害疑い・問題行動 ( . . )		
	( . . 生)  <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> (1)療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 却下	
		<input type="checkbox"/> (2)身体障害 ( 級 )	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 変更	
		<input type="checkbox"/> (3)病名 ( )	<input type="checkbox"/> 継続	
		<input type="checkbox"/> (4)発達障害名 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> (5)発達障害疑い・問題行動 ( . . )		
	( . . 生)  <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> (1)療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 却下	
		<input type="checkbox"/> (2)身体障害 ( 級 )	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 変更	
		<input type="checkbox"/> (3)病名 ( )	<input type="checkbox"/> 継続	
		<input type="checkbox"/> (4)発達障害名 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> (5)発達障害疑い・問題行動 ( . . )		

[注1] 該当する□にレをしています。

# 請 求 書

年 月 日

（あて先）京 都 市 長

施設所在地  
施 設 名  
代 表 者 名

下記のとおり請求します。

記

請 求 金 額 円

ただし、 年度京都市児童養護施設措置児童障害児等加算費  
（ 年 月分～ 年 月分）として

# 京都市児童養護施設措置児童障害児等加算費請求内訳書

施 設 名

請求額										円
ただし、		年度		月～		月分				

対象児童名	要綱第 3 条 認定号数	積 算					計
	1～3号	月～	月	@	円×	箇月・日	円
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	4・5号	月～	月	@	円×	箇月・日	
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	1～3号	月～	月	@	円×	箇月・日	円
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	4・5号	月～	月	@	円×	箇月・日	
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	1～3号	月～	月	@	円×	箇月・日	円
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	4・5号	月～	月	@	円×	箇月・日	
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	1～3号	月～	月	@	円×	箇月・日	円
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	4・5号	月～	月	@	円×	箇月・日	
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	1～3号	月～	月	@	円×	箇月・日	円
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	4・5号	月～	月	@	円×	箇月・日	
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	1～3号	月～	月	@	円×	箇月・日	円
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	
	4・5号	月～	月	@	円×	箇月・日	
	□	月～	月	@	円×	箇月・日	